

# EMPLOYEE MPN INFORMATION

This information is being provided to you to explain your rights and responsibilities should you have an accident at work. You will also receive a copy of this notice at the time of injury.

- The California Workers' Compensation Regulation requires employees to utilize the Medical Provider Network (doctors, hospitals, ancillary services) who are part of a Medical Provider Network or MPN. The Medical Provider Network has been selected for treatment of **work related injuries**.

## Employer Contact:

Contact Name: Jacob Seehoffer

Telephone Number: 800.966.5307

Address: 600 City Parkway West

City, State, Zip: Orange, CA 92868

## If you are injured on the job...

1. Report your injury to your supervisor/manager *immediately*.  
**IN CASE OF EMERGENCY SEEK IMMEDIATE MEDICAL ATTENTION AT THE NEAREST EMERGENCY FACILITY.**
2. You may be asked to provide information such as....
  - Your Name
  - Your Home Address, City, State, Zip, County, Telephone Number
  - Date of Birth
  - Social Security Number
  - Date, Time, Location and Nature of Injury
3. If you require medical treatment, A **Medical Provider Network physician** (or other health care provider) is available for you to see. The MPN network provider will become your primary care physician and will provide the necessary and appropriate treatment for your work related injury. Your primary care physician will direct your care overall and refer to specialists as required within the MPN. A **CorVel** nurse may be assigned to interact with you, your provider and employer. The MPN network, listing of the health care providers, is available from your employer MPN contact person, your claims adjuster, or online at [www.corvel.com](http://www.corvel.com) – under “Employees” heading, choose California from the drop down box. At any time you are choosing a physician, you have the right to select from the entire MPN.
4. If you are on Business-Related Travel or away from your work site when an injury occurs, call your supervisor/manager to report your injury immediately. They will help you in seeking medical attention. **In case of emergency seek immediate medical attention at the nearest emergency facility.**
5. If you are traveling, or now live outside the MPN geographical area, you will be supplied with at least three physicians within the access standards to choose from for your medical treatment. If there are not three MPN physicians within the access standards available to treat you, you may be allowed to use a non-MPN provider. You have the right to change physicians and obtain a 2<sup>nd</sup> or 3<sup>rd</sup> opinion from among the referred physicians.
6. Unless you pre-designated a personal physician you may only use physicians within the MPN. See exceptions in Transfer of Care and Continuity of Care policies.
7. If you are having trouble scheduling an appointment with a provider within the MPN, contact your employer MPN contact, claims adjuster, or your case manager, if assigned, for assistance in getting an appointment scheduled for you.
8. If you require a referral to a specialist, (orthopedist, dermatologist, etc.), contact your employer MPN contact, claims adjuster, or your case manager, if assigned, for assistance in selecting and scheduling an appointment with a specialist.
9. Appointments for initial treatment will be available within 3 business days of your request. Non-emergency appointments with specialists will be available within 20 business days or receipt of referral.

## ADDITIONAL INFORMATION REGARDING YOUR RIGHTS UNDER THE CALIFORNIA MPN.

You will be provided notification upon transfer into the MPN. You may go to a specialist outside the MPN if your primary treating MPN physician refers you to a specialist outside the network. You may also choose your own specialist from within the MPN network independent of any referral by your treating physician or provider.

# INFORMACION DEL EMPLEADO SOBRE LA MPN

Se le brinda esta información para explicarle sus derechos y responsabilidades y lo que debe hacer si se accidenta en el trabajo. Usted también recibirá una copia de este aviso a la hora de lesión.

- La Regulación de Compensación Laboral de California requiere que empleados utilicen la Red de Proveedores Médicos (médicos, hospitales, servicios auxiliares) que son parte de una Red de Proveedores Médicos, sea, una MPN. La Red de Proveedores Médicos ha sido seleccionada para **tratamiento de lesiones ocasionadas en el trabajo**.

## Contacto del Empleador:

**Nombre del Contacto:** Jacob Seehoffer

**Número de Teléfono:** 800.966.5307

**Dirección:** 600 City Parkway West

**Ciudad, Estado, Código Postal:** Orange, CA 92868

## Si usted se lesiona en el trabajo...

1. Reporte *inmediatamente* su lesión a su supervisor/gerente.

### **EN CASO DE EMERGENCIA, BUSQUE ATENCION MEDICA INMEDIATA EN EL MÁS CERCANO CENTRO DE EMERGENCIA.**

2. Le pueden pedir información tal como....
  - Su Nombre
  - Su Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal, Condado, Número de Teléfono
  - Fecha de Nacimiento
  - Número de Seguro Social
  - Fecha, Hora, Lugar y Naturaleza de la Lesión
3. Si usted requiere tratamiento medico, un **médico de la Red de Proveedores Médicos** (u otro proveedor de cuidado médico) está disponible para atenderlo. El proveedor de la red MPN se hará su médico de cabecera y le brindará el tratamiento necesario y apropiado para su lesión ocasionada en el trabajo. Su médico de cabecera se encargará de su cuidado completo y hará referencias a especialistas como se requiera dentro del MPN. Una enfermera CorVel puede ser asignada para comunicarse con usted, su proveedor y empleador. Una lista de proveedores de servicios médicos de la red MPN está disponible de la persona contacto de la MPN de su empleador, de su ajustador de reclamos, o en línea en [www.corvel.com](http://www.corvel.com) - bajo el titulo "Empleados" escoja California de la caja ascendente. En cualquier momento cuando usted está eligiendo un medico, usted tiene el derecho de seleccionar del MPN entero.
4. Si usted se encuentra en un Viaje Relacionado al Trabajo o está fuera de su lugar de trabajo cuando ocurre una lesión, llame inmediatamente a su supervisor/ gerente para reportar su lesión. Ellos lo ayudarán a buscar atención médica. **En caso de emergencia, busque atención médica inmediata en el centro de emergencia más cercano.**
5. Si usted viaja o vive fuera de la área geográfica del MPN, usted será proporcionado por lo menos tres médicos para elegir su tratamiento médico dentro del reglamento que escoja de su tratamiento médico. Si en caso no hay tres medico del MPN dentro del reglamento disponible para tratarlo a usted, usted ce le permitirá a usar un proveedor accesible que no es de MPN. Usted tiene el derecho de cambiar médicos y obtener una segunda o tercer opinión dentro de los médicos recomendados.
6. A menos que usted pre-designado un médico personal que usted sólo puede utilizar a médicos dentro del MPN. Vea las excepciones en la Transferencia de Cuidado y Continuidad de Cuidado.
7. Si usted tiene problemas en programar una cita con un proveedor dentro de la MPN, comuníquese con el contacto de la MPN de su empleador, ajustador de reclamos, o gerente de casos, si es asignado, para que asistencia en programar una cita.
8. Si usted requiere referencia a un especialista (ortopédico, dermatólogo, etc.), comuníquese con el contacto de la MPN de su empleador, ajustador de reclamos, o su gerente de casos, si es asignado, para que le ayuden a seleccionar y programar una cita con un especialista.
9. Citas para tratamiento inicial serán disponibles dentro de 3 días hábiles de su solicitud. Citas con especialistas sin emergencia serán disponibles dentro de 20 días hábiles o al recibir la referencia.

## **INFORMACIÓN ADICIONAL CON RESPECTO A LAS SUS DERECHAS DEBAJO DE LA CALIFORNIA MPN.**

Usted será notificación proporcionada sobre transferencia en el MPN. Usted puede ir a un especialista fuera del MPN si su médico primario del MPN que trata le refiere a un especialista fuera de la red. Usted puede también elegir a su propio especialista dentro de la independiente de la red del MPN de cualquier remisión por su médico o abastecedor que trata.

## **EMPLOYEE REQUEST FOR A SECOND/THIRD MEDICAL OPINION**

You have the opportunity to request and obtain a second and a third medical opinion within the provider network if you have a disagreement with the treatment or diagnosis. During this process, you must continue to receive your treatment with your current treating physician, or another provider of your choice within the MPN. To view the entire list of MPN providers, you may log onto [www.corvel.com](http://www.corvel.com) as described in page 1, number 3. This process is as follows:

1. If you disagree with the treatment plan or diagnosis you can request a 2<sup>nd</sup> or 3<sup>rd</sup> medical opinion.
2. A request is generated from the employee either by phone or in writing to the Claims Adjuster.
3. The request is received by the Claims Adjuster who will provide a regional area listing of providers within the network for you to choose from. At any time you have the right to choose a physician from the entire MPN network or from the list provided.
4. You must schedule an appointment with one of the physicians from the supplied list or from the entire MPN within (60) sixty days, or it shall be deemed that you have waived your right to the second opinion process with regard to this disputed diagnosis or treatment. At any time you are choosing a physician, you have the right to select from the entire MPN.
5. Once you have obtained an appointment, you must notify your claims adjuster of the physician, the appointment date and time.
6. If the appointment is not made within 60 days of receipt of the list of available MPN providers, then you shall be deemed to have waived the second and/or third opinion process.
7. During this process, you are required to continue your treatment with the treating physician or a physician of your choice within the MPN.
8. If the 2<sup>nd</sup> or 3<sup>rd</sup> opinion physician determines that your injury is outside the scope of their practice, you will be provided with a new list of MPN providers and/or specialists.
9. If you disagree with the 2<sup>nd</sup> opinion, then you can request a 3<sup>rd</sup> opinion and follow Steps 2-5 as above.
10. If you disagree with the diagnosis or treatment of the third opinion physician, you may request an Independent Medical Review. At the time you request a third opinion, your employer, MPN contact or adjuster will give you information on requesting an Independent Medical Review and the form.
11. At the time of your selection of your third opinion physician, you will be supplied with information on how to request an independent medical review, along with an application for Independent Medical Review for you to complete, should you disagree with the third opinion.
12. The claims adjuster will contact the treating physician, provide a copy of the medical records or send the necessary records to the second and/or third opinion physician prior to the appointment date. Upon your request, you can receive a copy of the medical records from your claims adjuster.
13. The second/third opinion physician will be notified in writing that he or she has been selected to provide a second/third opinion and the nature of the dispute with a copy to you.
14. A copy of the written report shall be provided to the employee, the person designated by the employer or insurer, and the treating physician within 20 days of the date of the appointment or receipt of the results of the diagnostic tests, whichever is later.
15. You may obtain the recommended treatment within the MPN. If you choose you may obtain the recommended treatment by changing physicians to the second opinion physician, third opinion physician, or another MPN physician.

## **CHANGING YOUR PHYSICIAN**

You are allowed to change to another provider if you would like to change providers for any other reason than listed above under Employee Request for a Second/Third Opinion. Your request may be directed to your Nurse case Manager or your Claims Adjuster. The provider must be within the Medical Provider Network. If you require a referral to a specialist, (orthopedist, dermatologist, etc.), contact your employer MPN contact, claims adjuster, or your case manager, if assigned, for assistance in selecting and scheduling an appointment with a specialist. The specialist you choose can be from the entire MPN.

## **SOLICITUD DEL EMPLEADO PARA UNA SEGUNDA/TERCERA OPINIÓN MÉDICA**

Usted tiene la oportunidad de solicitar y obtener una segunda y una tercera opinión médica dentro de la red de proveedores si usted no está de acuerdo con el tratamiento o diagnóstico. Durante este proceso, usted debe seguir recibiendo su tratamiento de su médico tratante actual, u otro proveedor que usted escoja dentro de la MPN. Para ver la lista entera de los proveedores, usted puede ir a [www.corvel.com](http://www.corvel.com) como se describe en pagina 1, numero 3.

Este proceso es así:

1. Si usted no está de acuerdo con el plan de tratamiento o el diagnóstico, puede solicitar una segunda o tercera opinión médica.
2. Una solicitud es creada del empleado por teléfono o por escrito al Ajustador de Reclamos.
3. La solicitud es recibida por el Ajustador de Reclamos que proveerá una lista regional de área de los mismos proveedores dentro de la red que están disponibles para su selección. En cualquier momento, usted tiene el derecho de escoger a un médico de la red entera de MPN o de la lista proporcionada.
4. Usted debe programar una cita con uno de los médicos de la lista brindada o de la lista MPN dentro de (60) sesenta días, se considerará que usted ha renunciado su derecho al proceso de segunda opinión con relación al diagnóstico o tratamiento disputado. En cualquier momento cuando usted está eligiendo un medico, usted tiene el derecho de seleccionar del MPN entero.
5. Una vez usted ha obtenido una cita, debe notificar al ajustador de reclamos sobre el médico, fecha y hora de la cita.
6. Si la cita no esta hecha dentro de 60 días de recibir la lista de proveedores disponibles del MPN, entonces usted se le considera deber renunciado al proceso de la segunda y o tercer opinión.
7. Durante este proceso, usted esta requerido ha continuar su tratamiento con el médico de trata o el médico de su elección dentro del MPN.
8. Si los médicos de la segunda o tercer opiniones determinan que su lesión esta fuera del alcance de practica, se le proveerá una lista nueva de proveedores del MPN y o especialistas.
9. Si usted no está de acuerdo con la segunda opinión, puede solicitar una tercera opinión, siguiendo los Pasos 2 – 5 antedichos.
10. Si usted no está de acuerdo con el diagnóstico o tratamiento del médico de la tercera opinión, puede solicitar una Revisión Médica Independiente. A la vez de solicitar la tercer opinión, su empleador, el contacto del MPN o su ajustador le dará la información de como solicitar la Revisión Medica Independiente y la forma de solicitud.
11. A la vez de su selección de su medico de tercer opinión, se le proporcionara con información de como solicitar una revisión medica independiente, con la solicitud para una Revisión Medica Independiente para que usted llene, si es que usted no esta de acuerdo con la tercer opinión.
12. El ajustador de reclamos contactará al médico que trata, proporcionarle una copia de los registros médicos o enviará los registros necesarios al segundo y/o tercer médico de la opinión antes de la fecha de nombramiento. Sobre su pedido, usted puede recibir una copia de los registros médicos por medio de su ajustador de reclamación.
13. El segundo/tercer médico de la opinión será notificado por escrito que él o ella han sido escogidos para proporcionar una segundo/tercer opinión y la razón de la disputa con una copia a usted.
14. Una copia del informe escrito será proporcionado al empleado, la persona designada por el empleador o el asegurador, y al médico que trata dentro de 20 días de la fecha del nombramiento o al recibir los resultados de las pruebas diagnósticas, el que es más tarde.
15. Usted puede obtener el tratamiento aconsejado dentro del MPN. Si usted le elige puede obtener el tratamiento aconsejado cambiando a médicos al segundo médico de la opinión, a tercer médico de la opinión, o a otro médico de MPN.

### **CAMBIANDO A SU MÉDICO**

A le se permite cambiar a otro abastecedor si usted quisiera cambiar los abastecedores por cualquier otra razón que enumerada arriba bajo petición del empleado para una segunda/tercero opinión. Su petición se puede dirigir a su encargado del caso de la enfermera o a su ajustador de demandas. El abastecedor debe estar dentro de la red médica del abastecedor. Si usted requiere una remisión a un especialista, (ortopedista, dermatologist, etc.), entre en contacto con a su contacto del MPN del patrón, al ajustador de demandas, o a su encargado del caso, si está asignado, para la ayuda en seleccionar y programar una cita con un especialista. El especialista que usted elige puede ser del MPN entero.

## **TRANSFER OF ONGOING CARE INTO MPN**

If you are being treated for an occupational injury or illness by a physician or provider prior to your enrollment into your employer's medical provider network (MPN), and your physician or provider becomes a provider or already is an MPN provider, the MPN/employer will notify you that your treatment is being provided by your physician or provider under the provisions of the MPN. You may request a complete copy of the Transfer of Ongoing Care policy from your employer or MPN. Some circumstances that may allow continued treatment with the terminated provider include an acute condition, a serious chronic condition, a terminal illness, or performance of a surgery or other procedure that is authorized by the insurer or employer as part of a documented course of treatment and has been recommended and documented by the provider to occur within 180 days of the MPN coverage effective date.

A dispute resolution policy is included in the Transfer of Ongoing Care policy. You may request a complete copy of the Transfer of Ongoing Care policy from your employer or MPN.

## **ACCESS STANDARDS**

You have a right to access to MPN providers that are located within reasonable distances of your residence or workplace. The MPN must have a primary care physician and a hospital for emergency care within 30 minutes or 15 miles of your residence or workplace and providers of occupational health services and specialists within 60 minutes or 30 miles of your residence or workplace. If at any time you reside or work in a portion of the service area in which health care facilities are located outside the MPN access standards, the employer or MPN treating physician will assist the you in identifying a minimum of three (3) non-MPN providers in the specialty needed and within the access standard distance.” If there are not three (3) providers in the needed specialty within the access standard distance you may choose a non-MPN provider.

## **CONTINUITY OF CARE**

If you are treating in a medical provider network and the provider is terminated from participation in the MPN network, you have certain rights to continue your treatment with this terminated provider subject to the conditions set forth in your employer's Continuity of Care policy. Some circumstances that may allow continued treatment with the terminated provider include an acute condition, a serious chronic condition, a terminal illness, or performance of a surgery or other procedure that is authorized by the insurer or employer as part of a documented course of treatment and has been recommended and documented by the provider to occur within 180 days of the contract's termination date.

A dispute resolution policy is included in the Continuity of Care policy. You may request a complete copy of the Continuity of Care policy from your employer or MPN.

## **LA TRANSFERENCIA DEL CUIDADO EN CURSO EN EL MPN**

Si a un médico le está tratando para lesión o una enfermedad ocupacional o un abastecedor antes de su inscripción en la red médica del abastecedor de su patrón (MPN), y su médico o abastecedor se convierte en abastecedor o es ya abastecedor del MPN, el MPN/employer le notificará que su tratamiento está siendo proporcionado por su médico o abastecedor bajo provisiones del MPN. Usted puede solicitar una copia completa de la transferencia de la política en curso del cuidado de su patrón o MPN. Algunas circunstancias que pueden permitir el tratamiento continuado con el abastecedor terminado incluyen una condición aguda, una condición crónica seria, una enfermedad terminal, o funcionamiento de la cirugía o del otro procedimiento que es autorizado por el asegurador o el patrón como parte de un curso del tratamiento documentado y ha sido recomendado y documentado por el abastecedor para ocurrir en el plazo de 180 días de la fecha eficaz de la cobertura del MPN.

Una política de la resolución del conflicto se incluye en la transferencia de la política en curso del cuidado. Usted puede solicitar una copia completa de la transferencia de la política en curso del cuidado de su patrón o MPN.

## **LOS ESTÁNDARES DEL ACCESO**

Usted tiene una derecha de tener acceso a los abastecedores del MPN que están situados dentro de distancias razonables de su residencia o lugar de trabajo. El MPN debe tener un médico primario del cuidado y un hospital para el cuidado de la emergencia en el plazo de 30 minutos o 15 millas de su residencia o lugar de trabajo y abastecedores de los servicios de la medicina del trabajo y especialistas a 60 minutos o a 30 millas de su residencia o lugar de trabajo. Si usted reside o trabaja en cualquier momento en una porción del área de servicio en la cual las instalaciones del cuidado médico están situadas fuera de los estándares del acceso del MPN, el patrón o el MPN que trata a médico le asistirá en identificar a un mínimo de tres (abastecedores 3) no-MPN en la especialidad necesitada y dentro de la distancia del estándar del acceso.” Si no hay tres (3) abastecedores en la especialidad necesaria dentro de la distancia estándar del acceso usted puede elegir un abastecedor no-MPN.

## **CONTINUIDAD DEL CUIDADO**

Si usted está tratando en una red médica del abastecedor y el abastecedor se termina de la participación en la red del MPN, usted tiene ciertas derechas de continuar su tratamiento con este abastecedor terminado conforme a las condiciones dispuestas en la continuidad de su patrón de la política del cuidado. Algunas circunstancias que pueden permitir el tratamiento continuado con el abastecedor terminado incluyen una condición aguda, una condición crónica seria, una enfermedad terminal, o funcionamiento de la cirugía o del otro procedimiento que es autorizado por el asegurador o el patrón como parte de un curso del tratamiento documentado y ha sido recomendado y documentado por el abastecedor para ocurrir en el plazo de 180 días de la fecha de la terminación del contrato.

Una política de la resolución del conflicto se incluye en la continuidad de la política del cuidado. Usted puede solicitar una copia completa de la continuidad de la política del cuidado de su patrón o MPN.

## **EMPLOYEE ACKNOWLEDGEMENT OF THE** **MEDICAL PROVIDER NETWORK**

In order to provide the most timely and suitable quality medical care in the event of an injury on the job, we have instituted a Medical Provider Network for Workers' Compensation.

The following procedures must be followed for all work related injuries and illnesses.

- Report promptly any work related injury to the supervisor.
- For a referral to a medical provider specialist, contact your employer or claims adjuster.
- Ensure all medical treatment is handled only through the MPN (Medical Provider Network) unless otherwise authorized.
- Direct all questions about the level of care to the PCP (Primary Care Physician), who is the focal point for all medical treatment.
- A directory of medical care providers is available at my request through my employer.

Please sign below to indicate that you have read and understand the procedures to follow in the event of an injury and your duties under our Medical Provider Network.

\_\_\_\_\_  
Print Name

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Employee Signature

\_\_\_\_\_  
Employer

\_\_\_\_\_  
Employee Number

**A COPY OF THE MPN DIRECTORY IS AVAILABLE FROM YOUR EMPLOYER OR ADJUSTER UPON YOUR REQUEST.**

## **RECONOCIMIENTO DEL EMPLEADO DE LA** **MEDICAL PROVIDER NETWORK**

Para brindar atención médica de la más rápida y de apropiada calidad en el evento de una lesión ocasionada en el trabajo, hemos instituido una Red de Proveedores Médicos para Compensación Laboral.

Los procedimientos siguientes deben ser seguidos para todas las lesiones y enfermedades ocasionadas en el trabajo.

- Reporte inmediatamente a su supervisor cualquier lesión ocasionada en el trabajo.
- Para una referencia a un médico especialista, comuníquese con su empleador o ajustador de reclamos.
- Cerciórese que todo tratamiento médico sea manejado únicamente por la MPN (Red de Proveedores Médicos), a menos que de otro modo autorizado
- Dirija toda pregunta sobre el nivel de cuidado al PCP (Primary Care Physician – Médico de Cabecera), quien es el punto de referencia para todo tratamiento médico.
- Un directorio de proveedores de cuidado médico está disponible al solicitarlo a través de mi empleador.

Por favor firmar abajo para indicar que usted ha leído y entendido los procedimientos que se siguen en el evento de una lesión y sus responsabilidades bajo nuestra Red de Proveedores Médicos.

\_\_\_\_\_  
Nombre en Imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
Empleador

\_\_\_\_\_  
Número del Empleado

**UNA COPIA DEL DIRECTORIO DE LA MPN ESTA DISPONIBLE DE SU EMPLEADOR O AJUSTADOR AL SOLICITARLO.**





## **EMPLOYEE INFORMATION ON THE INDEPENDENT MEDICAL REVIEW PROCESS**

This notice is to inform you of your rights, responsibilities and process in obtaining an Independent Medical Review (IMR). If you disagree with your treatment plan or diagnosis that the third opinion physician rendered, you have the right to request an Independent Medical Review. At the time you request a physician for a third opinion, your MPN contact or Claims Adjuster will provide you with this form covering the Independent Medical Review process. You will also be provided with an "Application for Independent Medical Review" form. The MPN contact or Claims Adjuster will fill out the "MPN Contact section" for you. You will need to complete the "employee section" of the form, indicate on the form whether you are requesting an in-person examination or a records review. You may also list an alternative specialty, if any, that is different from the specialty of the treating physician.

The Administrative Director will select an IMR with an appropriate specialty within 10 business days of receiving your Application for Independent Medical Review form. The Administrative Director's selection of the IMR will be based on the specialty of your treating physician, the alternative specialties listed by you and the MPN contact, and the information submitted with the Application for Independent Medical Review.

If you request an in-person examination, the Administrative Director will randomly select a physician from a list of available independent medical reviewers, with an appropriate specialty, who has an office located within thirty miles of your residential address, to be your independent medical reviewer. If there is only one physician with an appropriate specialty within thirty miles of your residential address, that physician shall be selected to the independent medical reviewer. If there are no physicians with an appropriate specialty who have offices located within thirty miles of your residential address, the Administrative Director will search in increasing file mile increments, until one physician is located. If there are no available physicians with this appropriate specialty, the Administrative Director may choose another specialty based on the information submitted.

If you request a record review, then the Administrative Director will randomly select a physician with an appropriate specialty from the list of available independent medical reviewers to be the IMR. If there are no physicians with an appropriate specialty, the Administrative Director may choose another specialty based on the information submitted.

The Administrative Director will send written notification of the name and contact information of the IMR to you, your attorney, if any, the MPN contact and the IMR. The Administrative Director will send a copy of the completed Application for Independent Medical Review to the IMR.

You, the MPN Contact, or the selected IMR can object within 10 calendar days of receipt of the name of the IMR to the selection if there is a conflict of interest as defined by section 9768.2. If the IMR determines that they do not practice the appropriate specialty, the IMR shall withdraw within 10 calendar days of receipt of the notification of selection. If the conflict is verified or the IMR withdraws, the Administrative Director will select another IMR from the same specialty. If there are no available physicians with the same specialty, the Administrative Director may select an IMR with another specialty based on the information submitted and in accordance with the procedure set forth for an in-person examination and for a records review.

If you request an in-person examination, within sixty calendar days of receiving the name of the IMR, you must contact the IMR to arrange an appointment. If you fail to contact the IMR for an appointment with sixty calendar days of receiving the name of the IMR, then you will be deemed to have waived the IMR process with regard to this disputed diagnosis or treatment of this treating physician. The IMR shall schedule an appointment with you within thirty calendar days of the request for an appointment, unless all parties agree to a later date. The IMR shall notify the MPN contact of the appointment date.

Should you decide to withdraw the request for an independent medical review, you need to provide written notice to the Administrative Director and the MPN contact.

During this process, the employee shall remain within the MPN for treatment pursuant to section 9767.6.

The MPN Contact shall send all relevant medical records to the IMR. The MPN Contact shall also send a copy of the documents to the covered employee. The employee may furnish any relevant medical records or additional materials to the Independent Medical Reviewer, with a copy to the MPN contact as set forth in 8 CCR Section 9768.11(a). If you have requested an in-person examination and a special form of transportation is required because of your medical condition, the MPN contact will arrange it for you. The MPN Contact shall furnish transportation and arrange for an interpreter, if necessary, in advance of the in-person examination. All reasonable expenses of transportation shall be incurred by the insurer or employer pursuant to Labor Code section 4600. Except for the in-person examination itself, the independent medical reviewer shall have no ex parte contact with any party. Except for matters dealing with scheduling appointments, scheduling medical tests and obtaining medical records, all communications between the independent medical reviewer and any party shall be in writing with copies served on all parties.

If the IMR requires further tests, the IMR shall notify the MPN Contact within one working day of the appointment. All tests shall be consistent with the medical treatment utilization schedule adopted pursuant to Labor Code section 5307.27 or, prior to the adoption of this schedule, the ACOEM guidelines, and for all injuries not covered by the medical treatment utilization schedule or the ACOEM guidelines, in accordance with other evidence based medical treatment guidelines generally recognized by the national medical community and that are scientifically based.

## **INFORMACIÓN DEL EMPLEADO SOBRE EL PROCESO DE LA REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE**

Este aviso es para informarle de sus derechos, responsabilidades y el procedimiento a obtener una Revisión Médica Independiente o Independent Medical Review (IMR). Si usted no está de acuerdo con su plan de tratamiento o el diagnóstico que el tercer médico de opinión rindió, usted tiene el derecho de solicitar una Revisión Médica Independiente o Independent Medical Review (IMR). Cuando usted solicite a un médico para una tercera opinión, su contacto del MPN o ajustadora de reclamos le proporcionará con esta forma que cubre el procedimiento de Una Revisión Médica Independiente o Independent Medical Review (IMR). Usted será proporcionado también con una forma "Solicitud para Una Revisión Médica Independiente o Independent Medical Review (IMR)". El contacto de MPN o Ajustadora de reclamos le llenará "la sección de MPN Contact". Usted necesitará completar "la sección de empleado" de la forma, indique en la forma si usted solicita un examen en-persona o una revisión de registros. Usted puede listar también una especialidad alternativa, si es distinta de la especialidad del médico de tratamiento.

El Director Administrativo (Administrative Director) escogerá un IMR con una especialidad apropiada dentro de 10 días hábiles de recibir la forma de solicitud para una Revisión Médica Independiente o Independent Medical Review (IMR). La selección del Director Administrativo sobre el IMR se basará en la especialidad de su médico de tratamiento, las especialidades alternativas en la lista escogidos por usted y por el contacto de MPN, y la información sometida con la Solicitud para obtener una Revisión Médica Independiente o Independent Medical Review (IMR).

Si usted solicita un examen en-persona, el Director Administrativo escogerá al azar un médico de una lista de médicos crítico s independientes y disponibles, con una especialidad apropiada, que tenga una oficina localizada dentro de treinta millas de su dirección residencial, para ser su médico crítico independiente. Si hay sólo un médico con una especialidad apropiada dentro de treinta millas de su dirección residencial, ese médico será escogido a ser el medico crítico independiente. Si no hay médicos con una especialidad apropiada que tenga las oficinas localizadas dentro de treinta millas de su dirección residencial, el Director Administrativo aumentará el incremento de milla de archivo, hasta que un médico sea localizado. Si no hay médicos disponibles con esta especialidad apropiada, el Director Administrativo puede elegir otra especialidad basada en la información sometida.

Si usted solicita una revisión del registro, entonces el Director Administrativo al azar escogerá un médico con una especialidad apropiada de la lista de médicos crítico s independientes y disponibles para ser el IMR. Si no hay médicos con una especialidad apropiada, el Director Administrativo puede elegir otra especialidad basada en la información sometida.

El Director Administrativo le enviará notificación en escrito del nombre de y la información de contacto del IMR ha usted, su abogado, si es que lo tiene, al contacto de MPN y al IMR. El Director Administrativo enviará una copia de la solicitud terminada para obtener una Revisión Médica Independiente o Independent Medical Review (IMR).

Usted, el contacto del MPN, o el IMR escogido pueden oponerse a la selección dentro de 10 días de calendario después de recibir del nombre del IMR, si hay un conflicto de intereses como definido por la sección 9768.2. Si el IMR determina que ellos no practican la especialidad apropiada, el IMR retirará la selección dentro de 10 días de calendario de recibir la notificación de la selección. Si el conflicto se verifica o el IMR se retira, el Director Administrativo escogerá otro IMR de la misma especialidad. Si no hay médicos disponibles con la misma especialidad, el Director Administrativo puede escoger un IMR con otra especialidad basada en la información sometida y de acuerdo con el conjunto de procedimiento establecido para un examen en-persona y para una revisión de registros.

Si usted solicita un examen en-persona, dentro de sesenta días de calendario después de recibir el nombre del IMR, usted debe contactar el IMR para hacer una cita. Si usted falla en contactar al IMR para hacer una cita dentro de sesenta días de calendario después de recibir el nombre del IMR, entonces será considerado de haber renunciado al procedimiento de IMR con respecto a este diagnóstico o el tratamiento disputado de su médico de tratamiento. El IMR fijará una cita con usted dentro de treinta días de calendario después del pedido de la cita, al menos de que todos los interesados concorden a una fecha mas adelante. El IMR notificará el contacto de MPN de la fecha de la cita.

Si usted decide retirar el pedido para una revisión médica independiente, usted necesita proporcionar un aviso en escrito al Director Administrativo y al contacto del MPN.

Durante este proceso, el empleado permanecerá dentro del MPN para el tratamiento conforme a la sección 9767.6.

El contacto del MPN enviara todos los expedientes médicos relevantes al IMR. El contacto del MPN también enviara una copia de los documentos al empleado cubierto. El empleado puede equipar cualesquiera expedientes médicos relevantes o material adicional al revisor medico independiente, con una copia al contacto del MPN según lo dispuesto en la sección 9768.11 (a) de 8 CCR. Si usted ha solicitado un examen en-persona y una forma especial de transporte que se requiere por su condición médica, el contacto del MPN se lo organizará. El contacto del MPN proporcionará el transporte y organizará un intérprete, si es necesario, con anticipo del examen en-persona. Todos gastos razonables del transporte serán incurridos por la compañía de seguros o el empleador conforme a sección 4600 del Código Laboral. Con la excepción del examen en-persona, el médico crítico independiente no tendrá contacto ex parte con ningún partido. Con la excepción de los asuntos que tratan con la programación de la cita, la programación de pruebas médicas y para obtener los registros médicos, toda comunicación entre el médico crítico independiente y todo partido será hecho en escrito notificando con copias ha todos partidos.

The IMR may order any diagnostic tests necessary to make their determination regarding medical treatment or diagnostic services for the injury or illness but shall not request you to submit to an unnecessary exam or procedure. If a test duplicates a test already given, the IMR shall provide justification for the duplicative test in their report. If you fail to attend an examination with the IMR and fail to reschedule the appointment within five business days of the missed appointment, the IMR shall perform a review of the records and make a determination based on those records.

If you fail to attend an examination with the IMR and fail to reschedule the appointment within five business days of the missed appointment, the IMR shall perform a review of the records and make a determination based on those records.

The IMR will serve the report on the Administrative Director, the MPN Contact, you, your attorney, if any, within twenty days after the in-person examination or completion of the records review.

If the disputed health care service has not been provided and the IMR certifies in writing that an imminent and serious threat to the health of you exists, including, but not limited to, the potential loss of life, limb, or bodily function, or the immediate and serious deterioration of you, the report shall be expedited and rendered within three business days of the in-person examination by the IMR.

Subject to approval by the Administrative Director, reviews not covered above, may be extended for up to three business days in extraordinary circumstances or for good cause. Extensions for good cause shall be granted for; medical emergencies of the IMR or the IMR's family; death in the IMR's family; or natural disasters or other community catastrophes that interrupt the operation of the IMR's office operations.

Utilizing the medical treatment utilization schedule established pursuant to Labor Code section 5307.27 or, prior to the adoption of this schedule, the ACOEM guidelines, and taking into account any reports and information provided, the IMR shall determine whether the disputed health care service is consistent with the recommended standards. For injuries not covered by the medical treatment utilization schedule or by the ACOEM guidelines, the treatment rendered shall be in accordance with other evidence-based medical treatment guidelines which are generally recognized by the national medical community and scientifically based.

The IMR should not treat or offer to provide medical treatment for this injury or illness for which they have done an independent medical review evaluation for you unless a medical emergency arises during the in-person examination.

Neither you nor the employer nor the insurer shall have any liability for payment for the independent medical review which was not completed within the required timeframes unless you and the employer each waive the right to a new independent medical review and elect to accept the original evaluation.

The Administrative Director shall immediately adopt the determination of the independent medical reviewer and issue a written decision within five business days of receipt of the report.

The parties may appeal the Administrative Director's written decision by filing a petition with the Workers' Compensation Appeals Board and serving a copy on the administrative Director, within twenty days after receipt of the decision.

If the IMR agrees with the diagnosis, diagnostic service or medical treatment prescribed by the treating physician, you shall continue to receive treatment with physicians within the MPN.

If the IMR does not agree with the disputed diagnosis, diagnostic service or medical treatment prescribed by the treating physician, you shall seek medical treatment with a physician of your choice either within or outside the MPN. If you choose to receive medical treatment with a physician outside the MPN, the treatment is limited to the treatment recommended by the IMR or the diagnostic service recommended by the IMR. The medical treatment shall be consistent with the medical treatment utilization schedule established pursuant to Labor Code section 5307.27 or, prior to the adoption of this schedule, the ACOEM guidelines. For injuries not covered by the medical treatment utilization schedule or by the ACOEM guidelines, the treatment rendered shall be in accordance with other evidence-based medical treatment guidelines which are generally recognized by the national medical community and scientifically based. The employer or insurer shall be liable for the cost of any approved medical treatment in accordance with Labor Code section 5307.1 or 5307.11.

Si el IMR requiere pruebas adicionales, el IMR notificará ha el contacto del MPN dentro de una día de trabajo de la cita. Toda prueba será consecuente con el anexo médico de la utilización del tratamiento adoptado conforme a sección 5307,27 del Código Laboral o, antes de la adopción de este anexo, las directriz de ACOEM, y para todas heridas no cubiertas por el anexo médico de la utilización del tratamiento o las directriz de ACOEM, de acuerdo con otra evidencia directriz médicas basadas de tratamiento generalmente reconocido por la comunidad médica nacional y basada científicamente.

El IMR puede ordenar alguna prueba diagnóstica necesaria para hacer su determinación con respecto al tratamiento médico o servicios diagnósticos para la herida o la enfermedad pero no le solicitará para someterse a un examen o procedimiento innecesario. Si una prueba duplica una prueba que ya se haya dado, el IMR proporcionará la justificación para la prueba duplicada en su informe.

Si usted falla de asistir ha un examen con el IMR y falla en hacer otra cita dentro de cinco días hábiles después de la cita que fallo, el IMR llevará acabo una revisión de los registros y hará una determinación basada en esos registros.

El IMR rendirá el informe al Director Administrativo, al contacto del MPN, ha usted, su abogado, si es que lo tiene, dentro de veinte días después del examen en-persona o revisión de los registros.

Si el servicio de asistencia medica disputada no se ha proporcionado y el IMR certifica en escrito que una amenaza inminente y grave a la salud de usted existe, incluyendo, pero no limitado a, la pérdida potencial de la vida, un miembro, o funciones fisiológicas, o el empeoramiento inmediato y grave de usted, el informe se facilitará y será rendido dentro de tres días hábiles del examen en-persona por el IMR.

Sujeto a la aprobación por el Director Administrativo, las revisiones no citadas anteriormente, podrían ser extendidas hasta tres días hábiles en circunstancias extraordinarias o por buena causa. Las extensiones por la causa buena se otorgarán para; emergencia médicas del IMR o por la familia del IMR; la muerte en la familia del IMR; o los desastres naturales u otras catástrofes de la comunidad que interrumpen la operación de la oficina del IMR.

Utilizar el anexo médico de la utilización del tratamiento estableció conforme a sección 5307,27 del Código Laboral o, antes de la adopción de este anexo, la directriz de ACOEM, y tomando en cuenta todos los informes y la información proporcionada, el IMR determinará si el servicio disputado de asistencia médica es consecuente con los estándares recomendados. Para heridas no cubiertas por el anexo médico de la utilización del tratamiento o por la directriz de ACOEM, el tratamiento rendido será de acuerdo con otras directriz basado en la evidencia médica de tratamientos que son reconocidas generalmente por la comunidad médica nacional y basada científicamente.

El IMR no debe tratar ni debe ofrecer proporcionar el tratamiento médico para esta herida o la enfermedad por la cual se ha hecho una evaluación médica independiente para usted al menos que una emergencia médica haya ocurrido durante el examen en-persona.

Ni usted, ni el empleado, ni la compañía de seguros tendrán ninguna responsabilidad para el pago de la revisión médica independiente que no se haya completado dentro de las agendas requeridas a menos que usted y el empleador renuncien al derecho de una nueva revisión médica independiente y elijan aceptar la evaluación original.

El Director Administrativo adoptará inmediatamente la determinación del crítico médico independiente y publicará una decisión en escrito dentro de cinco días hábiles después de recibir del informe.

Los partidos pueden apelar a la decisión del Director Administrativo sometiendo una petición con la Oficina de Apelación de Compensación al Trabajador (Workers' Compensation Appeals Board) y notificar con una copia al Director administrativo, dentro de veinte días después del recibo de la decisión.

Si el IMR concuerda con el diagnóstico, el servicio diagnóstico o el tratamiento médico prescrito por el médico de tratamiento, usted continuará a recibir el tratamiento con médicos dentro del MPN.

Si el IMR no concuerda con el diagnóstico disputado, el servicio diagnóstico ni el tratamiento médico prescrito por el médico de tratamiento, usted tendrá la oportunidad de buscar el tratamiento médico con un médico de su selecto sea dentro de o fuera del MPN. Si usted elige recibir el tratamiento médico con un médico fuera del MPN, el tratamiento es limitado al tratamiento recomendado por el IMR o el servicio diagnóstico recomendado por el IMR. El tratamiento médico será consecuente con el anexo médico de la utilización del tratamiento establecido conforme a sección 5307,27 del Código Laboral o, antes de la adopción de este anexo, las directriz de ACOEM. Para heridas no cubiertas por el anexo médico de la utilización del tratamiento ni por las directriz de ACOEM, el tratamiento rendido será de acuerdo con otras directriz médicas basadas en evidencia del tratamiento que son reconocidas generalmente por la comunidad médica nacional y basadas científicamente.

El empleador o la compañía de seguros serán responsables del costo de algún tratamiento aprobado de acuerdo con sección 5307.1 o 5307.11 del Código Laboral.

## PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

In the event you sustain an injury or illness related to your employment, you may be treated for such injury or illness by your personal medical doctor (M.D.), doctor of osteopathic medicine (D.O.) or medical group if:

- your employer offers group health coverage;
- the doctor is your regular physician, who shall be either a physician who has limited his or her practice of medicine to general practice or who is a board-certified or board-eligible internist, pediatrician, obstetrician-gynecologist, or family practitioner, and has previously directed your medical treatment, and retains your medical records;
- your "personal physician" may be a medical group if it is a single corporation or partnership composed of licensed doctors of medicine or osteopathy, which operates an integrated multispecialty medical group providing comprehensive medical services predominantly for non-occupational illnesses and injuries;
- prior to the injury your doctor agrees to treat you for work injuries or illnesses;
- prior to the injury you provided your employer the following in writing: (1) notice that you want your personal doctor to treat you for a work-related injury or illness, and (2) your personal doctor's name and business address.

You may use this form to notify your employer if you wish to have your personal medical doctor or a doctor of osteopathic medicine treat you for a work-related injury or illness and the above requirements are met.

## NOTICE OF PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

### Employee: Complete this section.

To: \_\_\_\_\_ (name of employer) If I have a work-related injury or illness, I choose to be treated by:

\_\_\_\_\_  
(name of doctor)(M.D., D.O., or medical group)

\_\_\_\_\_  
(street address, city, state, ZIP)

\_\_\_\_\_  
(telephone number)

Employee Name (please print): \_\_\_\_\_

Employee's Address: \_\_\_\_\_

Employee's Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### Physician: I agree to this Pre-designation:

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

(Physician or Designated Employee of the Physician or Medical Group)

The physician is not required to sign this form, however, if the physician or designated employee of the physician or medical group does not sign, other documentation of the physician's agreement to be pre-designated will be required pursuant to Title 8, California Code of Regulations, section 9780.1(a)(3).

Title 8, California Code of Regulations, section 9783.  
(Optional DWC Form 9783 March 1, 2007 )

## PREDESIGNACION DE MEDICO PERSONAL

En caso usted sostiene una lesion o enfermedad relacionaron a su empleo,usted puede ser tratado para tal lesión o enfermedad por su médico personal (M.D.), medico de osteopatía (D.O.) o el grupo médico si:

- su empleador ofrece cobertura del grupo de salud;
- el médico es su médico regular, que será un médico que ha limitado su ejercicio de la medicina a la práctica general o que es certificado o elegible internista, pediatra, el obstetra-ginecólogo, o practicante familiar, y ha dirigido anteriormente su tratamiento médico, y retiene sus registro medico;
- su "médico personal" puede ser un grupo médico si es una corporación o una asociación que se compone de médicos con licencia de medicina o de osteopatía, que opera una especialidad multiple integrada a un grupo médico que proporciona un extenso servicios médicos completos predominantemente para enfermedades de lesiones no de trabajo;
- antes de la lesion su médico estara de acuerdo en tratarle para lesiones de trabajo o enfermedades;
- antes de la lesión usted le proporcionara a su empleador el siguiente por escrito: (1) nota que usted desea a su médico personal tratarle para una lesion o enfermedad relacionado al trabajo, y (2) el nombre personal y dirección de su doctor.

Usted puede utilizar esta forma para notificar a su empleador si desea tener su médico personal o un médico de medicina osteopatico para tratarle a usted de una lesion o enfermedad relacionada a su trabajo y los requisitos antes mencionados son cumplidos.

### AVISO DE PREDESIGNACION DE MEDICO PERSONAL

#### **El empleado: Complete esta sección**

Para: \_\_\_\_\_ (nombre de empleador) Si usted tiene una lesion o enfermedad escojo ser tratado por:

\_\_\_\_\_  
(Nombre de médico) (M.D., D.O., o grupo médico)

\_\_\_\_\_  
( Dirección, ciudad, estado, zona postal)

\_\_\_\_\_  
( Número de teléfono)

Nombre del empleado (por favor escribir letra de molde): \_\_\_\_\_

Dirección del empleado: \_\_\_\_\_

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### **Médico: Estoy de acuerdo con esta predesignacion:**

Firma : \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

(Médico o empleado designado del médico o grupo médico)

El médico no está obligado a firmar este formulario, sin embargo, si el médico o empleado designado del médico o grupo médico no firma, otra documentación del acuerdo del médico para ser designado se requerirá de conformidad con el Título 8, Código de Regulaciones, sección 9780.1 (a) (3).

Título 8, Código de Regulaciones, sección 9783.  
(Formulario DWC Facultativo 9783 01 de marzo 2007)